

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

376

Année 188

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 26 juillet 1889, à 1 heure

Par LÉON KHOLODENKO

Né à Berditchew (Russie) le 11 septembre 1862.

NÉPHRORRAPHIE

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. { KIRMISSON, professeur.
JALAQUIER, RIBEMOND-DESSAIGNES, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11, 13

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

376

Année 188

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 26 juillet 1889, à 1 heure

Par LÉON KHOLODENKO

Né à Berditchew (Russie) le 11 septembre 1862.

NÉPHRORRAPHIE

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. { KIRMISSON, professeur.
JALAQUIER, RIBEMOND-DESSAIGNES, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
[de l'enseignement médical.]*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, [RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11, 13

1889

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO.
	DIEULAFOY
	GUYON.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAI
Opérations et appareils.	DUPLAY.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	des travaux	RIBEMONT-
BRISSAUD	JALAGUIER	anatomiques	DESSAIGNES
BRUN	JOFFROY	POUCHET	ROBIN (Albert)
BUDIN	KIRMISSON	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	LANDOUZY	QUINQUAUD	SEGOND
CHAUFFARD	MAYGRIER	RAYMOND	TROISIER
DEJERINE		RECLUS	VILLEJEAN

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

La pratique de la néphrorraphie remonte à huit ans seulement, et le nombre des cas où ce mode de traitement fut employé est assez restreint. Pourquoi ? Ce n'est certes pas à cause de la rareté de l'affection ; ce n'est pas non plus à cause de la gravité de l'opération ou de la difficulté de son exécution. La seule raison pour laquelle cette opération n'est pas encore devenue le procédé de choix dans le traitement du rein mobile, c'est le manque de faits prouvant qu'on a obtenu par la néphrorraphie des guérisons définitives et durables.

Nous avons cru être utile en recherchant ces faits, en réunissant les diverses observations de néphrorraphie éparses dans la littérature médicale, en comparant les différents procédés employés pour fixer le rein mobile et en montrant quels sont ceux d'entre eux qui ont donné de meilleurs résultats.

Avant de commencer notre travail, nous avons un devoir agréable à remplir. Nous tenons à remercier, d'une manière toute spéciale, notre excellent maître, M. le D^r Lucas-Championnière, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse.

Qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Guyon

l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous remercions notre excellent ami et collègue, M. J. Tait de nous avoir prêté son concours pour la bibliographie anglaise.

NÉPHRORRAPHIE

D'après les statistiques d'Oppolzer, Rollet, Bassini, Guyar, le rein mobile est une affection relativement très fréquente, un par 250 individus. Cette anomalie est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Sur 64 cas, on a constaté 55 fois l'ectopie rénale chez la femme et 9 fois seulement chez l'homme. Le rein droit est plus fréquemment déplacé, dans la proportion de 6 à 1.

Cette anomalie passe souvent inaperçue pendant la vie, ou n'est constatée que par hasard ; mais parfois le rein flottant se manifeste par des symptômes très graves.

L'ectopie survient, tantôt à la suite de violence traumatique d'un coup, d'une chute. Le malade éprouve alors, immédiatement après l'accident, la sensation d'une déchirure profonde, d'un corps qui se déplace brusquement. A la station debout, il y a une sensation de gêne, de déplacement, de tiraillement dans les lombes. Il devient bientôt impossible au malade de vaquer aux occupations ordinaires de la vie. Chaque déplacement du rein provoque des douleurs intenses, et bientôt ces chutes successives dans la cavité abdominale déterminent dans l'organe un état de congestion avec albuminurie et périnéphrite, d'éréthisme, de sensibilité douloureuse, qui provoque des crises nerveuses et des troubles dans les viscères voisins.

Tantôt, l'ectopie survient peu à peu et progressivement, après des grossesses répétées ou un amaigrissement général,

qui a entraîné la fonte du coussinet adipeux de la capsule du rein. Les symptômes sont les mêmes que dans le cas précédent : crises douloureuses dans les lombes et l'hypocondre droit, accès névralgiques s'irradiant selon le trajet des nerfs lombo-abdominaux, ou qui occupent l'ovaire, le rein, les organes génitaux internes. On observe parfois pendant la crise, des coliques nerveuses, des diarrhées intestinales, des vomissements biliaires répétés.

Les crises douloureuses de l'ectopie rénale coïncident souvent avec les époques menstruelles ; le rein paraît alors augmenté de volume, turgide, plus lourd ; quelques malades y ressentent des battements douloureux. Il y a des crises d'anxiété, d'affolement, et parfois des convulsions hystériques. Ces troubles intenses (qui s'expliquent par les relations anastomotiques du plexus rénal et du plexus ovarien) reparaissent à chaque époque menstruelle.

Le rein déplacé subit souvent des modifications considérables dans sa structure. (Rapport à l'Académie Royale de médecine de Belgique, Duret).

Dans des cas aussi graves, l'intervention chirurgicale s'impose.

Jusqu'à 1869, époque à laquelle Simon d'Heidelberg a fait pour la première fois l'extirpation du rein chez l'homme, le traitement du rein mobile douloureux se bornait aux moyens purement palliatifs et aux ceintures appropriées pour soutenir l'organe déplacé ; mais, depuis cette époque l'opération de la néphrectomie s'est beaucoup vulgarisée, peut-être même trop, et est devenue une indication pour quelques chirurgiens, dans le cas de rein flottant douloureux.

Avec une antiseptie rigoureuse, cette opération est peu

grave par elle-même. Sur 235 néphrectomies, 125 lombaires, ont donné 78 guérisons (62, 4 0/0), et 110 abdominales 55 guérisons (50 0/0), (Brodeur, Th. de Paris, 1886).

Sur 35 néphrectomies, pratiquées par Bardenheuer de 1879 à 1888, pour différentes lésions du rein, il y avait 10 cas de mort (*Revue de Hayem*, mars 1889). Lindner cite 36 néphrectomies avec 9 morts (75 0/0 de guérisons). Mais, malgré cette bénignité relative, le chirurgien aura toujours à hésiter avant d'entreprendre une telle opération.

Le rein unique qui restera au malade est-il en bon état ? Suffira-t-il à lui seul à l'excrétion urinaire ? Et même, existe-t-il ?

Telles sont les questions qui doivent préoccuper le chirurgien. En effet, parmi les nombreuses causes de mort à la suite de la néphrectomie, on trouve assez souvent l'anurie, l'urémie.

Deux fois R. Weir a constaté à l'autopsie des opérés, pour un rein mobile, l'absence complète de l'autre rein et une fois le rein conservé était dégénéré et kystique.

Sur 36 néphrectomies avec 9 décès, citées par Lindner, 4 sont attribuables à l'absence ou à l'insuffisance du rein du côté opposé.

L'absence du rein du côté opposé fut également observée par Vanenbrouck et Polek de New-York.

Dans le cas même où le rein conservé est sain, l'opération peut encore avoir un effet fâcheux sur l'avenir du malade. Que ce rein unique devienne malade, et le sujet est voué à une mort certaine. Dans un article sur la néphrorraphie, publié dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, M. Lucas-Championnière fait remarquer que :

« femmes qui se plaignent du rein flottant sont en général
« des femmes à grandes manifestations nerveuses, à névral-
« gies. Chez elles, le rein peut être normal, mais il peut être
« altéré. Il lui arrive surtout d'être volumineux ; dans cer-
« tains cas même, seul le rein déplacé et hypertrophié fonc-
« tionnait, quand on l'a extirpé ; les malades ont succombé
« rapidement à l'urémie » Et plus loin : « Cette insuffi-
« sance du rein du côté opposé est très difficile à vérifier,
« même quand on a fait une laparotomie pour la constater.
« Elle est toujours menaçante, en cas de néphrectomie ».

M. le professeur Guyon, dans un rapport à l'Académie de
Médecine sur la néphrorraphie, s'exprime de la manière sui-
vante : « La néphrectomie, bien que souvent fort simple,
« dans le cas d'ectopie, a 9 morts, 24 guérisons et un
« inconnu. C'est donc une opération grave ; elle met immé-
« diatement en jeu la vie du malade, au moins dans le quart
« des cas ; elle laisse celui qui l'a subie livré au hasard
« des conséquences d'une lésion rénale, voire même d'une
« colique néphrétique ».

Telles sont les raisons qui ont décidé Hahn de Berlin à re-
courir à la néphrorraphie. C'est lui qui l'a pratiquée pour
la première fois, le 14 avril 1881. Théoriquement, c'est une
opération bien simple ; elle consiste à découvrir le rein par
la paroi postérieure de l'abdomen, et à le fixer par des
points de suture à cette paroi. Cette opération fut répétée
depuis un certain nombre de fois. Ainsi, en 1886, Brodeur,
dans sa thèse, a réuni 10 cas de néphrorraphie. En 1888,
Vanneufville en cite 13. Nous en avons réuni encore 17 ; ce
qui fait un total de 28 opérations. Lindner dans son livre (*Le
rein flottant chez la femme*, Neuwied L. Heuser 1888, 60 p.

in-8°), parle de 29 néphrorraphies que nous n'avons pas pu nous procurer. Il est certain qu'il existe dans la littérature médicale encore un certain nombre d'autres observations; mais nous n'avons pas pu nous les procurer. Un coup d'œil rapide jeté sur ces 27 observations suffit pour prouver qu'au point de vue des résultats opératoires, des résultats immédiats, la *néphrorraphie* est de *beaucoup supérieure* à la *néphrectomie*. D'après Lindner, adversaire absolu de cette opération, 36 néphrectomies pour reins flottants ont donné 9 décès (25 0/0), et 29 néphrorraphies n'en ont donné *qu'un seul*. C'est le cas de M. Ceccherelli, à qui l'autopsie de la malade a prouvé que la mort était absolument étrangère à l'opération (v. *In Rivista clin. de Bologne*, avril 1884).

Mais le chiffre limité des tentatives de ce genre prouve bien que la néphrorraphie n'est pas encore devenue pour tous l'opération de choix. La cause en réside dans l'incertitude des résultats fournis par la fixation.

Ainsi, au Congrès de Philadelphie, le Dr Mears cherche à démontrer l'inutilité de la néphrorraphie: d'abord, parce qu'il y a beaucoup de difficulté à trouver, des points qui permettent la fixation du rein; ensuite, parce que l'*adhérence n'est pas toujours assez forte* pour résister à la traction exercée dans les muscles environnants.

Pour Lindner, le meilleur traitement à opposer au rein flottant douloureux, c'est le bandage; en cas d'insuccès, l'extirpation s'impose; parce que la néphrorraphie par la méthode de Hahn *donne des résultats insuffisants*. M. Segond, au der-

1. Nous publions plus bas 13 observations; les quatre autres appartiennent: une à M. Terrillon, deux à M. Tuffier et une à M. Gould dans le *Lancet* 1888, octobre.

nier congrès français de chirurgie, exprime un avis identique.

« J'ai grand'peine à croire, dit-il, que les simples adhérences provoquées par la suture de Hahn suffisent à « maintenir, définitivement immobiles, des reins déplacés ». Nous aurions pu citer plusieurs autres auteurs, qui expriment des doutes sur les résultats définitifs de cette opération nouvelle.

En effet, les chirurgiens qui ont les premiers pratiqué cette opération (Hahn, Agnew-Hayes, R. Weir) ne furent pas heureux ; leurs malades, il est vrai, se trouvèrent soulagés, mais l'amélioration ne se maintint pas. C'est que la plupart d'entre eux ont eu recours à des moyens de fixation absolument insuffisants ; tous, ils se sont bornés à suturer la capsule propre ou la capsule fibreuse, craignant d'enfoncer l'aiguille dans la substance propre du rein.

Ainsi, dans l'observation de M. Turgard, la fixation était obtenue par six fils passés seulement à travers la *capsule cellulaire du rein*.

Voici du reste un extrait de cette observation :

« Le rebord de la masse sacro-lombaire était difficile à « apprécier, et au moment de la première incision la « lade s'était tordue sur elle-même, de sorte que l'incision « qui paraissait à droite s'est trouvée dirigée obliquement en « bas et en dehors. De là, difficulté d'attirer le rein dans la « plaie et *impossibilité de comprendre la capsule fibreuse dans les sutures* ».

« Je dus me borner à fixer l'organe par six points de suture « à la soie phéniquée *embrassant le plus possible de la capsule cellulaire* et des tractus qui l'unissent à la capsule

« fibreuse, en même temps que les 2 lèvres de la plaie. Les
« ligatures serrées, le rein paraissait solidement fixé ».

Pendant deux mois et demi, la malade se porte bien ; mais,
au bout de ce temps, *le rein redevient mobile* et les douleurs
reparaissent (Vanneufville, thèse de Paris, 1888, p. 415).

Dans l'observation de Agnew-Ayes, le rein mobile fut fixé
par des sutures passées seulement à travers *la capsule cellulo-
adipeuse*.

Un mois et demi après l'opération, le rein redevint mobile,
et il fit la néphrectomie. La néphrorraphie était pratiquée de
la manière suivante :

« Incision de 4 travers de doigt sur le bord interne de la
« masse sacro-lombaire. Après avoir divisé les différentes cou-
« ches cutanées et aponévrotiques, nous avons reconnu le
« tissu cellulo-adipeux qui entoure le rein.

« Il fut divisé à son tour. En pressant sur la paroi anté-
« rieure de l'abdomen, on fait saillir le rein dans la plaie et
« on le fixe *en faisant quelques points de suture à travers la*
« *capsule cellulo-adipeuse et les bords de la plaie*. Deux
« points de suture à la partie supérieure et à la partie infé-
« rieure de la plaie rapprochaient les bords et maintenaient
« un tube à drainage ». (Un cas de néphrorraphie et de
néphrectomie *inphiladelph. Med. Times*, 1885 juin).

M. Hahn de Berlin a pratiqué 2 fois la néphrorraphie *par
la suture aux lèvres de la plaie de la capsule cellulo-adipeuse
seulement* ; la 1^{re} fois, le 10 avril 1881, la seconde le 14
avril 1884. Dans les 2 cas, les résultats, favorables au début,
ne se sont pas maintenus.

Voilà ce que dit Hahn lui-même dans le *Centralblatt für
chirurgie*, n° 19, 1881, où sont publiées ces 2 observations :

« Les reins, dans les deux cas, de fixes qu'ils étaient un mois après l'opération, sont devenus un peu mobiles quand les malades ont commencé à marcher. Cette mobilité existait surtout dans le sens vertical à cause de la pesanteur des reins ».

De toutes ces observations, il ressort nettement que les moyens de fixité obtenus par la suture de la capsule cellulo-adipeuse seule ne sont pas suffisants.

Immédiatement après l'opération, il y a une amélioration marquée : les douleurs vives disparaissent, les malades commencent à marcher ; mais, au bout d'un certain temps, un mois, deux mois au plus, les douleurs reparaissent et le rein redevient mobile.

En présence de ces échecs répétés, les chirurgiens ont pensé qu'il était nécessaire de fixer le rein lui-même. En effet, l'expérience de la chirurgie générale du rein démontre que cet organe supporte avec une extrême facilité des traumatismes, piqûres et incisions. D'autre part, l'expérimentation sur des chiens (chez lesquels le rein gauche est normalement mobile) ont démontré :

1° Que « la suture seule de la capsule cellulo-adipeuse donne lieu à la formation d'une toile cellulo-fibreuse, peu résistante, insuffisante pour fixer définitivement le rein flottant » ;

2° Que « la suture seule du rein *par des sutures* traversant la substance corticale aboutit à l'immobilisation plus ou moins complète de l'organe par de petits ligaments fibreux. Le nombre de ces derniers n'est pas toujours en rapport avec celui des fils de sutures » ;

3° Que « la suture simultanée de la capsule cellulo-adipeuse et du rein procure une fixation parfaite de l'organe.

Ce dernier est retenu à la paroi par un gros ligament ou une lamelle résistante, de nature fibreuse, et plusieurs petits ligaments se dirigeant vers la dernière côte (fils de suture du rein) » (Vanneufville, Th. de Paris, 1888, p. 111).

Des expériences faites par M. le Dr Tuffier, il résulte que les échecs thérapeutiques subis par certains chirurgiens (qui ne connaissaient pas la bénignité des plaies du rein, et qui ont eu recours seulement à la suture des parties celluluses de la capsule), étaient dus à l'insuffisance de leur procédé ; les « brides celluluses, molles et diffluentes, ainsi obtenues, ne forment pas un rempart cicatriciel suffisant ».

D'après cet auteur, pour obtenir de bons résultats, il faut avoir une cicatrice solide, résistante, capable de supporter non seulement le poids du rein, mais aussi la pression du cœcum, l'entéroptose accompagnant souvent la néphroptose, et celle-ci étant plus fréquente à droite. La capsule propre du rein est pour M. Tuffier un obstacle sérieux à l'obtention de la cicatrice, et « toutes les méthodes qui s'adressent à cette membrane sont vouées à l'impuissance, par ce fait que la capsule ne possède aucune propriété plastique ; c'est elle, au contraire, qui met obstacle à la fixation ». Aussi conseille-t-il de la supprimer. « Pour cela, on limite la portion à enlever par des incisions formant un triangle ou un quadrilatère, suivant la forme qu'on veut donner à l'adhérence, puis on arrache le fragment de la capsule ainsi isolé ».

Agissant de cette manière, l'auteur a pu constater, en sacrifiant l'animal un mois après l'opération, que le rein était solidement fixé par un cordon dur et inextensible, correspondant comme situation et comme forme exactement au

point dénudé. Du reste il a appliqué cette méthode de néphrorraphie deux fois sur l'homme. Les opérations sont trop récentes pour pouvoir en tirer des conclusions.

Le manuel opératoire était le suivant :

« J'incise la paroi postérieure de l'abdomen sur le bord
« externe de la masse sacro-lombaire de la onzième côte, à
« un travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. Cela fait,
« je tombe sur la face postérieure du rein, souvent difficile
« à trouver quand il est très mobile; un aide le maintient
« et le repousse avec le poing enfoncé derrière les fausses-
« côtes, sur la paroi postérieure de l'abdomen. Aussitôt le
« rein reconnu et décortiqué de sa capsule celluleuse, ce qui
« est loin d'être facile, on traverse sa partie inférieure avec
« une aiguille et un gros fil de catgut, qui permet de le
« maintenir et de le manier. Puis un autre fil est passé de
« même à son extrémité supérieure, si elle est accessible, ce
« qui n'a lieu que dans le cas où le rein flottant est déplacé,
« n'est pas réductibles. On fait alors une boutonnière à la
« capsule propre, au niveau du bord convexe du rein, et
« on décortique la face postérieure de l'organe dans toute sa
« hauteur; dans la largeur de 2 centimètres, on résèque la
« capsule décollée (avec un instrument mousse), on fixe les
« bords aux lèvres de la plaie par deux ou trois points de
« suture de chaque côté, de façon à bien affronter les surfa-
« ces cruentées, puis on lie au milieu de la plaie lombaire et
« sans le serrer, le gros catgut qui traverse le rein en bas.
« Quand l'extrémité supérieure de la glande est accessible,
« le fil supérieur est passé non pas autour de la douzième
« côte, mais à la face externe de cette côte, dans le périoste
« et les parties fibreuses. On est certain ainsi de ne pas léser

la plèvre ». De cette façon, on obtient une adhérence extrêmement solide entre l'organe et les tissus voisins.

Cette excision de la capsule propre du rein, dans le but d'obtenir une cicatrice plus solide, fut également pratiquée par le Dr Jordan Lloyd. Dans un article intitulé « *Des observations pratiques sur la fièvre rénale et la mobilité du rein* ». (Practitioner, 1887, pag. 181), l'auteur en parlant de la néphrorrhaphie s'exprime de la façon suivante :

« Dans une néphrorrhaphie que j'ai faite dernièrement, j'ai enlevé *exprès* une portion de la capsule (environ un pouce) et ensuite j'ai attaché le rein aux tissus lombaires en passant deux catguts un peu forts à travers toute l'épaisseur d'une des lèvres de la plaie et à travers la capsule propre et la substance rénale au niveau de l'un des bords de la portion rénale exposée; les deux fils furent ramenés à la surface de la plaie en traversant les muscles, fascia et la peau de la lèvre opposée de l'incision. Les sutures superficielles sont faites avec des fils d'argent.

Plusieurs mois se sont écoulés depuis l'opération et les résultats sont toujours très satisfaisants : l'organe qui auparavant se déplaçait de la région lombaire sur le devant de la dernière vertèbre lombaire chaque fois que la malade se mettait sur le côté opposé (?) est maintenant fermement attaché et reste bien en place. « Cette excision méthodique de la capsule rénale est toute nouvelle, je crois, et paraît avoir certains avantages sur les autres procédés. Les adhérences que fournit le tissu fibreux de la capsule rénale sont moins abondantes, moins solides que celles que fournit la substance rénale elle-même.

De plus, il reste généralement une certaine épaisseur du

tissu conjonctif autour de la capsule, et c'est au moyen de ce tissu que le rein va être attaché. Cette couche intermédiaire et délicate peut plus tard s'allonger comme un élastique et permettre au rein la même mobilité qui a nécessité l'opération. Tandis que, en mettant à nu la substance rénale, on est sûr que la cicatrice qui en résultera, formera corps avec le rein que nous voulons fixer et non pas seulement avec une couche de tissu fragile qui l'entoure.

La cicatrice que nous désirons dans la néphrorraphie est pareille à celle qui s'obtient dans le cas d'une perte de substance osseuse.

Ces expériences sur des animaux ont été pleinement confirmées par la clinique. En effet, depuis qu'on a substitué la suture de la substance rénale à la suture seule de sa capsule celluleuse aux lèvres de la plaie, les résultats des néphrorraphies sont beaucoup meilleurs. Dans les 16 observations de néphrorraphies que nous avons réunies, et qui toutes étaient faites par la suture du rein seul, du rein avec sa capsule propre et cellulo-graisseuse, il n'est pas mentionné un seul échec. Ceci pourrait évidemment tenir à la publication trop hâtive des observations, sans qu'on ait attendu que le temps vienne confirmer les bons résultats obtenus immédiatement après l'opération. Mais nous en avons réuni plusieurs, dans lesquelles les malades ont été revues 5, 6, 7, 8 mois, un an, *trois ans et demi* après l'opération. Chez toutes, le rein est parfaitement immobile et les douleurs ont presque ou tout à fait disparu.

Ainsi dans l'observation du Dr Verf, malheureusement fort incomplète, la fixation du rein mobile fut obtenue par *quatorze fils de soie passés en plein parenchyme rénal*.

Dans cette observation, que nous publions plus bas, il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, chez laquelle le rein droit était extrêmement mobile; son extrémité inférieure descendait jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La malade souffrait beaucoup et est devenue incapable au moindre travail. Le D^r Verf l'a opérée le 4 avril 1883: il l'a revue en novembre 1886, c'est-à-dire trois ans et demi environ après, et a constaté que le rein restait toujours bien en place et que les douleurs n'ont plus reparu depuis l'opération.

D'après cet auteur les fréquents succès de la néphrorrhaphie tiendraient à l'emploi du catgut et à la crainte des opérateurs de faire les points de suture profondément à travers la substance rénale.

Dans l'observation de M. Lucas-Championnière la fixation du rein mobile fut obtenue de la manière suivante :

« Incision immédiatement en dehors de la masse sacro-lombaire jusqu'à l'atmosphère graisseuse du rein. Celui-ci est refoulé avec la main dans la situation normale.

« Le plus en arrière possible; on passe à travers la substance du rein et la capsule, — celle-ci ayant été largement ouverte, — cinq fils de catgut; on fixe ces fils à la paroi abdominale postérieure, six ou sept fils sur le plan musculaire; drainage de la plaie; sutures superficielles au crin de Florence 18 ». La malade, qui souffrait depuis trois ans, quitte l'hôpital vingt jours après l'opération, complètement guérie: la disparition de la douleur avait été immédiate. Avant l'opération, la malade éprouvait une douleur extrêmement vive dans tous les mouvements d'élévation du bras

droit; dès le lendemain de l'opération, elle élevait sans peine sa main au-dessus de sa tête.

Le 15 octobre, quatre mois après, la malade est revue, elle est en excellent état.

La dernière fois, on l'a vue le 15 juin 1889, juste un an après l'opération; la marche est très facile — avant elle souffrait non seulement en marchant, mais à la simple station debout; — les douleurs ont complètement disparu. Les règles se sont beaucoup régularisées depuis. La main appuyée profondément sur le ventre, peut sentir le rein bien fixé au flanc.

Dans l'observation de M. le professeur Guyon, la fixation est obtenue en procédant de la façon suivante (notes sur deux cas de néphrorraphie. *Bulletin de l'Académie de médecine*; séance du 19 février 1889).

« La malade est placée sur le flanc gauche, un coussin dur
« la soulève. Toutes les précautions antiseptiques bien prises
« je fais le long du bord externe de la masse sacro-lombaire
« une incision qui dépasse largement les dernières côtes et
« la crête iliaque. J'incise couche par couche et toujours
« directement jusqu'à l'aponévrose du transverse, que je
« coupe sur le doigt avec des ciseaux, en ayant soin de la
« diviser dans toute sa hauteur. La couche adipeuse jaune
« apparaît à nu. Un aide refoule le rein et le maintient, ce
« qui permet facilement de déchirer avec les doigts son at-
« mosphère cellulo-graisseuse et de bientôt mettre complè-
« tement à nu son bord convexe. On peut alors constater que
« l'organe s'abaisse légèrement, c'est-à-dire de près d'un
« centimètre pendant l'expiration.

« Je procède de suite à la suture que l'aiguille coudée de

« Collin, construite d'après le système Reverdin, permet de
« faire avec la plus grande facilité. Je passe en plein paren-
« chyme, à un bon centimètre du bord postérieur, je fais
« charger un catgut n° 3 assez long pour faire une anse
« double. Je commence par la partie la plus inférieure du
« rein et puis ainsi placer quatre fils à un centimètre environ
« de distance. Le premier est alors conduit par l'un de ses
« chefs au-dessous de la douzième côte, autour de laquelle
« il est noué, le rein est désormais solide et je puis pour-
« suivre avec tout le soin et la précision nécessaire. C'est à
« à peine si cette franche transfixion du rein donne un peu de
« sang ; cependant, je fais une légère compression avec
« une éponge, afin d'éviter tout suintement. Les anses sont
« sectionnées par leur milieu. La moitié interne est passée
« par un point d'aiguille à travers la lèvre interne, la plus
« profonde de l'incision.

« Je traverse une certaine épaisseur de fibres musculaires,
« l'aponévrose du transverse et la capsule graisseuse.

« Le fil est alors noué, en prenant la précaution de peu
« serrer, afin de ne pas couper le tissu rénal. La moitié ex-
« terne, après avoir été croisée avec l'interne est passée dans
« les mêmes conditions dans les tissus qui bordent la plaie
« dans sa profondeur. J'agis de la même façon avec les deux
« points inférieurs. Le rein est alors fixé au fond de la
« plaie, comme l'est l'intestin lorsque l'on pratique la coloto-
« mie d'après le procédé de Nélaton ».

« Depuis longtemps convaincu de la supériorité de la suture
« à étage sur la suture en masse, désireux d'ailleurs de donner
« à la fixation du rein un point d'appui direct et solide, je fis un
« second plan de sutures immédiatement superposé et adossé

« à celui qui unit le rein à la paroi lombaire. J'employai encore
« le catgut et fermai toute la partie profonde de la plaie, ne
« laissant à sa partie inférieure que l'espace nécessaire pour
« placer un gros drain au contact de la couche graisseuse.
« Je terminai enfin en fermant le reste de la plaie avec une
« rangée de points au crin de Florence ».

Cette opération a été pratiquée le 5 juillet 1888. La malade est revue le 7 février 1889, c'est-à-dire sept mois après. Son état est parfait ; la fixité du rein est absolue. « La malade
« dont nous connaissons l'expérience toute particulière dans
« la production du déplacement, dans la constatation de la
« tumeur rénale, n'a jamais senti rien de ce qu'elle était
« habituée à si souvent et si sûrement reconnaître depuis
« trois longues années ».

Quant à la douleur, elle était déjà notablement diminuée, lorsque la malade quitta l'hôpital ; mais elle n'a complètement disparu que depuis peu de temps.

Dans une autre observation de M. Guyon, il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, chez laquelle le déplacement du rein donne lieu à des symptômes graves : crises douloureuses d'une grande intensité, accompagnées de nausées, vomissements et d'angoisse profonde.

La malade bien portante jusqu'à l'âge de 15 ans, s'aperçoit tout à coup de la présence d'une tumeur abdominale, située dans le flanc droit. Cette tumeur est du volume du poing, mobile et douloureuse à la pression. En prenant différentes positions, la malade arrive à la réduire, mais au bout d'un certain temps, tous les mois, toutes les six semaines, tous les deux mois au maximum, le déplacement se reproduit et avec lui les crises douloureuses. Ces déplace-

ments n'affectent aucune relation avec les règles, qui restent normales. La marche, l'équitation, les mouvements n'ont aucun rapport avec l'apparition des accidents; les déplacements coïncident plutôt avec une vive émotion. La crise dure tantôt 2 ou 3 heures, tantôt 24 heures. Après la réduction de la tumeur, le calme se rétablit, mais celui-ci ne s'obtient qu'après un taxis fort douloureux, exercé pendant 2 ou 3 heures. Dans l'intervalle des crises, l'état général est assez bon; pendant la période d'accalmie, on ne trouve rien d'anormal; on ne sent même pas le rein. « Le 11 juin, vers
« une heure de l'après-midi, dit M. Guyon, je fus appelé près
« de la malade. Je la trouve étendue, les jambes fléchies, en
« proie à des douleurs vives. Dans le flanc droit, au-dessous
« des fausses côtes, se dessine sous la peau une tumeur
« dont la saillie est visible. Cette tumeur, facile à délimiter
« par la palpation, présente le volume des deux poings;
« elle est arrondie, rappelle la forme d'un gros rein, dont le
« hile regarderait en haut; elle est mobile, de la fosse
« iliaque au rebord des côtés de la colonne vertébrale; jus-
« qu'au flanc, elle est dure, rénitente, un peu sensible à la
« pression. Tous nos efforts pour réintégrer le rein dans sa
« loge restent impuissants. Nous revenons à cinq heures, et,
« en mettant la malade accroupie, les jambes fléchies, les
« reins soutenus, courbés en avant et à gauche, nous con-
« duisons le rein, son extrémité la plus amincie en haut,
« sous le foie, et, tout à coup, avec une aisance parfaite, il
« nous échappe et rentre dans sa loge, comme un corps
« étranger articulaire fait sous le doigt qui le presse, comme
« une hernie qui se réduit subitement ».

A partir de cette époque, les douleurs deviennent plus fré-

quentes et se répètent tous les deux jours. L'opération s'impose. M. Guyon la pratique d'une façon absolument identique à la première. Au septième jour, on enlève les fils ; le quinzième, tout est terminé. La malade est retenue au lit jusqu'après l'époque.

Cette opération fut pratiquée le 5 juillet 1888, et 7 mois plus tard, elle écrit à M. Guyon que sa santé est parfaite et qu'aucun accident ne s'est reproduit depuis l'opération.

Dans l'observation de M. Morris de Londres (*Annales of Surgery*, 1887, n. 5), il s'agit d'une femme âgée de 56 ans. A l'âge de 37 ans, elle avait eu une maladie du rein avec ascite (?) et avait été traitée à l'hôpital Saint-George. Depuis cette époque, elle souffre continuellement des reins. Depuis 2 ans, elle éprouve des douleurs lancinantes, dans l'abdomen et dans la région lombaire. Ces douleurs deviennent de plus en plus intenses, surtout pendant la marche et la station debout. La douleur cesse quand la malade est couchée. A l'examen on trouve le rein droit très mobile. En pressant avec la main sur sa tumeur, on peut la repousser en arrière dans la région lombaire ; mais aussitôt la main enlevée, le rein revient à la place et se loge en entier au-dessous des fausses côtes. Il est également mobile dans le sens transversal et vertical et peut être amené au-delà de la ligne médiane.

L'opération est pratiquée le 30 juin.

Le rein est fixé au moyen de 4 sutures : deux avec des cat-guts sont passées à travers les muscles, le fascia et la capsule fibreuse du rein ; deux autres avec des fils en soie traversent toute l'épaisseur des lèvres, et une épaisseur considérable de la substance rénale. « Par ces deux dernières sutures l'incision est fermée et le rein attaché à la région lom-

baire » Les fils sont enlevés au bout de douze jours ; la plaie se referme sans suppuration et la malade quitte bientôt après l'hôpital.

L'opérée est revue au mois de décembre 1886, c'est-à-dire six mois après l'opération. Le rein se trouve à la place où on l'a fixé ; la malade n'accuse plus aucune douleur.

Dans une autre observation du D^r Morris, la fixation du rein fut obtenue par *un seul catgut*, traversant une des lèvres de l'incision, la capsule *et la substance rénale*, et sortant par la seconde. Il s'agit d'une femme âgée de 41 ans, très maigre et nerveuse. A l'âge de 14 ans, elle a fait une chute et, à partir de ce moment jusqu'à l'âge de 26 ans, elle éprouva de temps à autre des douleurs dans le côté droit.

On la traita successivement pour un déplacement utérin, pour une dyspepsie et enfin pour un rein mobile. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle accuse une douleur intense et des tiraillements du côté droit. A l'examen on constate dans le flanc droit une tumeur, ayant toutes les apparences d'un rein mobile. « En plaçant une main sur la région lombaire « et l'autre sur le devant de l'abdomen et en pressant alter-
« nativement, la tumeur pouvait être passée d'une main à
« l'autre ». Quand on tient la main sur le côté droit, en faisant coucher la malade sur le même côté, on sent nettement la tumeur « rouler ».

Les douleurs devenant de plus en plus intenses, on se décide à pratiquer la néphrorraphie. La malade est couchée sur le côté gauche ; la région iléo-costale bien lavée, on pratique une *incision* oblique entre la crête iliaque et la dernière côte, parallèle à celle-ci, de 3 pouces de longueur. Arrivé sur la graisse péri-rénale, on la déchire et on sent le rein très mo-

bile dans sa capsule fibro-graisseuse. On repousse le rein en arrière vers la région lombaire, et à l'aide de l'aiguille courbe on fait passer un catgut un peu fort à travers l'épaisseur d'une des lèvres de la plaie, à travers la capsule *et la substance corticale de l'extrémité supérieure et postérieure du rein*; le fil ressort à travers la lèvre opposée de l'incision. On serre fortement le fil et on ferme ainsi la plaie en même temps qu'on fixe solidement le rein dans la région lombaire; les sutures superficielles sont faites avec trois fils de soie.

Un mois après l'opération, la malade quitte l'hôpital entièrement guérie. Elle a été revue depuis plusieurs fois.

La dernière fois, elle fut examinée au mois de novembre; c'est-à-dire huit mois après l'opération; le rein était toujours en place et les douleurs avaient complètement disparu.

Dans une observation du Dr Bossini, « Rein mobile fixé au moyen d'une opération sanglante » (*Ann. univ. de médecine et chirurgie*, septembre 1882, volume 261, page 281); il s'agit d'une jeune femme âgée de 27 ans, qui, depuis trois ans, éprouve des douleurs intenses dans la région iliaque droite et des tiraillements dans la région lombaire. Ces douleurs sont attribuées à un rein mobile, et on pratique la néphrorraphie.

L'incision est faite le long du bord externe de la masse sacro-lombaire; on arrive facilement sur l'atmosphère grasseuse du rein; celui-ci est logé dans la fosse iliaque droite; on le fait remonter au niveau de la plaie; l'opérateur découvre son bord convexe et une partie de la face antérieure. Un premier point de suture est appliqué au milieu du bord convexe, un deuxième sur la face postérieure, sur la limite du bord convexe, traversant en même temps les tissus profonds de la lèvre postérieure de la plaie; un troisième point est placé sur

la face antérieure du rein, près de son bord convexe qu'il réunit à la lèvre antérieure de la plaie. Le tissu cellulo-adipeux qui recouvre la moitié inférieure de l'organe est divisé en quatre chefs, et chacun d'eux est attaché aux alentours de la onzième côte et aux lèvres de la plaie.

La malade quitte l'hôpital vingt jours après l'opération ; l'auteur l'a revue plusieurs fois, et la guérison s'est toujours maintenue.

Enfin, M. Duret de Lille, a eu l'occasion de pratiquer deux fois la néphrorraphie pour un rein mobile. Comme les autres chirurgiens, il fait passer ses sutures à travers la substance rénale ; mais le but qu'il veut atteindre est tout autre. Ce n'est pas l'adhérence de la surface rénale à la surface de la plaie qu'il cherche : la suture de la capsule propre (et vu l'impossibilité de traverser avec les fils la mince capsule sans toucher le rein) et celle d'une mince couche du parenchyme rénal ne sert qu'à soutenir pendant un certain temps le rein, afin que par son poids, son déplacement, il ne déchire pas les adhérences de la capsule cellulo-graisseuse en train de se former. Pour cet auteur, c'est la fixation de la capsule cellulo-adipeuse seule qui permettra la formation d'un ligament cicatriciel.

En agissant de cette façon, il s'éloigne peu de la méthode de Hahn, Agnew-Hayes et d'autres et comme eux il a obtenu une fois un succès, mais une autre fois, le rein est redevenu mobile au bout de quelques mois et les douleurs ont repris toute leur intensité.

Nous citons textuellement la partie du rapport de M. Duret à l'Académie Royale de Belgique, dans laquelle il s'agit de l'immobilisation du rein :

« Le rein étant reconnu, on pratique une incision cruciale sur la capsule cellulo adipeuse. On décolle avec le doigt les quatre lambeaux angulaires de la capsule, dans l'étendue convenable.

« L'hémostase établie et les ligatures faites, on s'assure une dernière fois, par la vue et le toucher, que le rein est sain, puis on procède à sa fixation.

« Il convient, selon nous, de fixer le rein et par sa capsule propre et par sa capsule adipeuse.

« *La fixation par la capsule adipeuse* permettra seule la formation d'un ligament cicatriciel ; mais la fixation de la capsule propre sert comme moyen d'attente : elle soutient mieux le rein, elle empêche les fils de déchirer la capsule adipeuse.

« Nous avons pu, sans inconvénient, chez nos deux malades, passer à l'aide d'aiguilles courtes, cinq ou six fils de soie à travers la capsule propre du rein et aussi *un peu dans la substance corticale*. Nous faisons ensuite pénétrer les fils dans le périoste de la onzième côte ou à travers les parties profondes de l'extrémité supérieure de la plaie. Le rein apparaît ainsi comme soutenu par de petits cordages.

« Dans chaque angle de la capsule adipeuse, nous plaçons dix ou douze fils de soie, qui vont ensuite traverser les muscles et les parties profondes de la plaie, en divers points de sa périphérie, surtout dans la région supérieure. Aucun de ces fils n'est fixé à la peau.

« Une portion très notable de la capsule adipeuse se trouve ainsi comprise entre les lèvres de la plaie et se soude à cette dernière ».

Ainsi les faits fournis par les expériences de M. Vaneuf-

ville (1), de M. Tuffier, se trouvent pleinement confirmés par la clinique : la cicatrice formée par la fixation de la capsule cellulo-graisseuse seule est absolument insuffisante pour maintenir le rein définitivement en place.

Pour avoir une cicatrice solide, il faut que celle-ci soit formée par l'adhérence de la surface rénale dénudée à la plaie lombaire.

Seulement, comme le fait observer M. Lucas-Champonnière pour obtenir ce résultat, il n'est pas nécessaire de faire une excision spéciale de la capsule propre du rein. Celle-ci est presque inséparable d'une suture bien faite.

« Je crois, dit M. Lucas-Champonnière, l'avoir pratiquée comme d'autres, sans chercher à lui donner une forme spéciale, et simplement parce qu'il est impossible de passer très correctement des fils dans la substance du rein, si celle-ci n'a été dénudée et même déchirée en plusieurs points ».

1. Vaneufville (Thèse de Paris, 1888, p. 111). Th. Tuffier (*Étude expérimentale sur la chirurgie du rein*).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Néphrorraphie. Guérison par le Dr Verf. Opération faite le 4 avril 1883. La malade est revue trois ans et demi après en novembre 1886. Centralblatt für chirurgie, 1886.

Le Dr Verf vient de revoir une jeune fille de 24 ans, à laquelle il a fait une néphrorraphie pour un rein mobile le 4 avril 1883.

Le rein droit normal et gros était extrêmement mobile avant l'opération. Son extrémité inférieure descendait jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La malade souffrait continuellement et est devenue incapable au moindre travail. Elle insistait beaucoup qu'on l'opère. Comme d'habitude l'opération était faite par une incision le long du bord externe de la masse sacro-lombaire et par le passage de 14 fils de soie à travers la substance rénale. La suture a bien tenu, la plaie s'est fermée sans encombre. Les douleurs ont complètement disparu depuis l'opération et le rein reste toujours bien en place.

En vue des succès de certains auteurs, M. Verf regarde son cas à juste titre comme très intéressant. Pour lui la cause des échecs est dans l'emploi du catgut et parce qu'on néglige d'enfoncer profondément l'aiguille dans le parenchyme rénal.

OBSERVATION II

Rein flottant, droit. Néphrorraphie par M. le Dr Lucas-Championnière.

B... Jeanne, 31 ans, couturière, entrée le 6 juin 1888, n° 9.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à la suite d'un refroidissement. Père à la suite d'une trachéotomie. Une sœur morte phthisique. Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 11 ans. Gastrite pendant assez longtemps. Réglée à 13 ans, régulièrement ; durée de 4 à 6 jours, peu de douleurs.

Mariée à 17 ans, deux enfants à terme ; deux fausses couches, l'une en 1884 à trois mois, la seconde en 1887, à cinq mois, à la suite d'une hémorrhagie.

Début de la maladie. — Douleur dans le côté droit survenue dès la première grossesse. Auparavant elle n'avait jamais souffert de ce côté. La douleur aurait été occasionnée par un effort pour enlever une machine à coudre. Cette douleur a persisté pendant trois ans. Elle a ensuite disparu pendant cinq ans et revient après la fausse couche de l'an dernier.

Elle est traitée pendant un mois pour de l'ovarite par M. le Dr Porak ; mais ayant trouvé ensuite un rein flottant il l'envoya à M. Championnière.

Les douleurs ont toujours été laponnantes ; elles siégeaient dans l'hypocondre droit, puis elles se sont localisées le long de la colonne vertébrale. Pas d'irradiation dans la cuisse, pas de vomissements, pas de crises très douloureuses, jamais d'attaque de nerfs.

État actuel. — L'état général est bon, appétit bon ; digestions faciles ; la malade est maigre.

Dans l'hypocondre droit, profondément à deux ou trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes, on sent une tumeur de la grosseur et de la forme d'un rein normal, parfaitement mobile, se déplaçant facilement sous la main. Cette tumeur est complètement réductible ; on peut la faire remonter et disparaître tout à fait sous les fausses côtes. Pas de douleurs au palper.

Urine normale. — Pas de sucre, ni albumine.

Opérations le 18 juin 1888. — Incision immédiate en dehors de la masse sacro-lombaire jusqu'à l'atmosphère graisseuse du rein. Celui-ci est refoulé avec la main dans la situation normale.

On voit en avant le péritoine soulevé.

On passe cinq fils (catgut) à travers la substance du rein et la capsule, celle-ci du reste ayant été largement ouverte ; les fils sont fixés dans la paroi abdominale postérieure. Six autres (catgut) sur les plans musculaires ; drainage de la plaie. Sutures superficielles au crin de Florence 18. Durée de l'opération 40 minutes.

23 juin. — Avant l'opération la malade avait une douleur très vive dans tous les mouvements d'élévation du bras droit, aujourd'hui elle fait facilement ce mouvement et peut se coiffer.

26 juin. — Premier pansement ; on retire les fils et le drain. Aucun suintement.

3 juillet. — Deuxième pansement ; réunion complète. La malade se lève.

7 juillet. — La malade quitte la salle guérie. Depuis l'opération aucune douleur n'a reparu.

15 octobre 1888. — Revue de la malade qui est en excellent état.

15 juin 1889. — Juste un an après l'opération, la malade est revue de nouveau. Elle ne souffre plus du tout, marche très facilement. Les règles se sont beaucoup régularisées.

OBSERVATION III

Rein flottant, douloureux.

Néphrorraphie par M. Lucas-Championnière.

M... Julie, âgée de 54 ans, journalière, entre le 12 avril 1889, sortie le 18 mai 1889.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant.

Antécédents personnels. — Elle n'a jamais eu d'enfant. En 1870 elle s'est aperçue d'une tumeur dans le flanc droit ; cette tumeur la faisait souffrir de temps à autre. Mais depuis 7 ans elle éprouve des douleurs très vives dans le flanc droit, avec irradiation dans l'aîne ; la douleur s'aggrave pendant la marche et même la station debout.

Au palper. — On trouve dans le flanc droit une tumeur mobile, avec tendance à remonter vers le foie ; cette tumeur se déplace peu en bas et se réduit assez bien.

La malade souffre même étant au lit.

Opération 18 avril 1889. — Grande incision immédiatement en dehors de la masse sacro-lombaire. Peu de sang. L'atmosphère cellulo-graisseuse est ouverte. On fait passer dans la substance du rein sept catgut, deux autres dans la capsule.

Sutures superficielles au crin de Florence II. Drainage de la plaie.

Les suites opératoires sont très simples.

La malade est revue après l'opération ; elle se plaint encore beaucoup, mais marche très bien.

OBSERVATION IV

Rein mobile dou'oureux.

Néphrorraphie par M. Lucas-Championnière.

T... Alice, 48 ans, tailleuse, est entrée le 11 février 1889. Isolement, n° 19.

Antécédents héréditaires. — Elle a été élevée aux Enfants Assistés.

Antécédents personnels. — Fièvre muqueuse à l'âge de 13 ans. Réglée à 13 ans. Depuis un an les règles deviennent irrégulières; elles n'ont pas apparu depuis 2 mois. Elle a eu trois grossesses; la première fois à l'âge de 23 ans, la seconde à l'âge de 24, la troisième, en 1873.

La maladie actuelle remonte à un an environ. A ce moment la malade a reçu des coups de pied dans le ventre et depuis lors elle a toujours souffert. Elle éprouve dans le ventre et les reins des douleurs sourdes, ressemblant à des coliques intestinales ou utérines. Elles se manifestent par crises durant deux, trois heures pour disparaître le lendemain, ou même dans la même journée. Parfois la malade éprouve la sensation d'un corps qui se déplace dans son abdomen.

Pendant le repos, lorsqu'elle est couchée sur le dos elle a souvent une sensation d'étouffement, mais les douleurs se calment et au bout d'un certain temps finissent par disparaître.

Pendant la marche, ou la station debout prolongée la souffrance augmente; elle se calme lorsque la malade s'assoit.

Le palper ou la pression dans le flanc droit provoquent une douleur vive.

Par le palper profond on sent une tumeur uniforme, mobile, fuyant sous les doigts et remontant sous le foie.

Au toucher. — Rien à l'utérus ou aux annexes.

L'état général est bon; appétit conservé, digestion bonne.

Les urines sont normales.

Opération le 4 mars 1889. — Incision verticale le long du bord externe de la masse sacro-lombaire. Incisant couche par couche, on arrive facilement sur le rein et sa capsule graisseuse; on arrive difficilement par la pression, de le maintenir en position. Mais une fois le rein bien en place, on incise sa capsule propre, qui est décortiquée ensuite. On passe deux fils à travers la capsule aussi décortiquée. Deux autres fils sont passés aux deux extrémités du rein à travers sa substance. Les fils sont ensuite fixés aux parois musculo-aponévrotiques de l'incision lombaire.

Suture de la plaie avec sept fils de crin de Florence.

Drainage, l'opération a duré 3/4 d'heure.

Suites opératoires. — Simples.

Premier pansement le neuvième jour. On coupe les fils, on retire le drain. Plaie en excellent état.

Deuxième pansement le seizième jour.

La malade quitte l'hôpital le 3 avril.

Elle est en bon état, cependant elle se plaint de souffrir encore, lorsqu'elle marche. Toutefois la marche est beaucoup plus facile. Elle peut se faire le ventre étant modérément serré. La malade est revue au mois de mai, elle avait fait à ce moment beaucoup de progrès.

OBSERVATION V

Rein flottant douloureux. Néphrorraphie par M. Lucas-Championnière.

La nommée M. R..., âgée de 32 ans; a eu deux enfant; douleurs antérieures à ses couches; mais très accentuées depuis,

tumeur constamment douloureuse, très mobile, remontant vers le foie.

Opération le 28 avril 1889.

Il est très difficile d'amener le rein en place. On le fixe à la plaie lombaire au moyen de sept catgut, trois en paire, Durée de l'opération une heure. Vomissements; suites opératoires simples. *Mais pendant 8 jours urines très rare; la quantité revient peu à peu à la normale.*

Le rein est bien fixé en place, mais il est volumineux et fait saillie.

Deux mois après l'opération, amélioration notable, mais les douleurs n'ont pas disparu tout à fait.

OHSERVATION VI

Nephrorraphie par M. le Professeur Guyon malade opérée le 25 avril 1888, revue le 7 février 1889.

Il s'agissait d'une femme âgée de cinquante-quatre ans, sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être notés, ayant eu, à vingt-sept et vingt-neuf ans, deux grossesses normales terminées par des accouchements faciles, et entrée dans la ménopause depuis quatre ans.

Cuisinière et bonne à tout faire, elle était debout sur l'appui d'une croisée et renversée en arrière pour en nettoyer les vitres, lorsqu'elle ressentit une douleur, d'ailleurs médiocre, dans la région rénale droite. Cela se passait il y a trois ans, et depuis ce moment elle n'a cessé de ressentir des douleurs qui allèrent en s'aggravant chaque jour. Le plus souvent paroxystiques. Elles irradiant de la région lombaire vers la fosse iliaque droite, la partie externe de la cuisse du même côté, le périnée et le rectum. D'autres fois, elles s'étendent le long du rachis. La malade se plaint aussi de douleurs fixes, sourdes, comparables

à un sentiment de pesanteur intolérable, surtout à l'anus et dans le périnée, mais non dans la région lombaire. Il n'existe aucun point spécialement douloureux à la pression, les symptômes douloureux ne cessent pas lorsque la malade est couchée, bien qu'ils s'atténuent. Ils aboutissent bientôt à un état d'énervement, d'agacement, qui la force à se lever. Dès que la station et la marche se prolongent un peu, les douleurs augmentent d'intensité et affectent surtout la forme paroxystique. On la trouve néanmoins presque toutes les nuits hors de son lit, se promenant dans la salle ou dans le jardin, cherchant ainsi à fuir, au prix de souffrances plus aiguës, l'action incessante des sensations qui l'énervent profondément. Elle a dû depuis longtemps renoncer à toute occupation, elle mange peu, est privée de sommeil. Sa pâleur est remarquable, mais l'embonpoint, encore assez prononcé. Elle urine régulièrement en quantité habituelle ; les urines sont normales, elle a de la constipation. Rien ne l'a soulagée ; elle est venue à Paris et s'est fait admettre à l'hôpital pour être opérée.

Le diagnostic s'impose. Il a été fait par la malade elle-même depuis trois ans ; c'est à cette époque qu'elle a découvert par hasard dans l'abdomen une masse mobile qu'elle a montrée à un chirurgien. Il suffit qu'elle se couche sur le côté gauche, aussitôt le rein apparaît. Il se place d'emblée à droite de l'ombilic, où il affecte une situation presque transversale. La forme donne exactement l'idée d'un rein d'assez forte taille, la consistance est souple. La pression ne détermine aucune douleur, on peut aussi imprimer facilement des mouvements dans le sens transversal, sans nulle souffrance.

Si on cherche à l'attirer en bas, la malade se plaint immédiatement de souffrir dans la région lombaire. Ainsi le rein jouit d'une mobilité transversale très accusée, qui permet de l'amener jusqu'à l'ombilic ; il n'y a pas de mobilité verticale. Mais,

pour peu qu'on le ramène vers le flanc droit, il s'échappe et rentre brusquement dans l'hypocondre, où il se cache complètement. Il est en effet impossible de déterminer le moindre balottement lorsqu'il est en place et les mouvements respiratoires ne paraissent pas l'abaisser. Ce n'est pas seulement la propulsion manuelle qui le réduit, le moindre mouvement de translation sur le dos détermine sûrement sa rentrée, et ce n'est qu'au prix d'une immobilité attentive qu'il reste en place.

La station debout ne suffit pas toujours pour déterminer le déplacement.

L'opération est pratiquée le 25 août 1888. Incision le long du bord externe de la masse sacro-lombaire, dépassant largement les dernières côtes et la crête iliaque. Incisant couche par couche, la masse adipeuse jaune apparaît à nu. Un aide refoule le rein et le maintient, ce qui permet facilement de déchirer avec les doigts son atmosphère cellulo-graisseuse et de bientôt mettre complètement à nu son bord convexe.

Les sutures sont faites avec l'aiguille coudée de Collin. On passe en plein parenchyme, à un centimètre du bord postérieur quatre catguts n° 3, assez longs pour faire une lance double.

Le premier fil est alors conduit par l'un de ses chefs au-dessus de la douzième côte, autour de laquelle il est noué. Le rein est désormais solide on peut poursuivre la suture avec tout le soin et la précision nécessaires. C'est à peine si cette franche transfixion du rein donne un peu de sang ; cependant, on fait une légère compression avec une éponge, afin d'éviter tout suintement. Les anses sont sectionnées par leur milieu. La moitié interne est passée par un point d'aiguille à travers la lèvre interne la plus profonde de l'incision.

On traverse une certaine épaisseur de fibres musculaires, l'aponévrose transverse et la capsule graisseuse. Le fil est alors noué, en prenant la précaution de peu serrer, afin de ne

pas couper le tissu rénal. La moitié externe, après avoir été croisée avec l'interne est passée dans les mêmes conditions dans les tissus qui bordent la plaie dans sa profondeur. On agit de la même façon avec les deux points inférieurs. Le rein est alors fixé au fond de la plaie comme l'est l'intestin lorsque l'on pratique la colotomie d'après le procédé de Nélaton.

On fait ensuite un second plan de suture immédiatement superposé et adossé à celui qui unit le rein à la paroi lombaire. J'employai encore le catgut et fermai toute la partie profonde de la plaie, ne laissant à sa partie inférieure que l'espace nécessaire pour placer un gros drain au contact de la couche graisseuse. On terminait enfin en fermant le reste de la plaie avec une rangée de points au crin de Florence.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La malade fut revue 9 mois après l'opération; en l'examinant on constate que la fixité du rein est absolue et que les douleurs, qui ont déjà considérablement diminué immédiatement après l'opération, ont tout à fait disparu depuis deux mois.

OBSERVATION VII

Nephrorraphie par M. le professeur Guyon. Malade opérée le 5 juillet 1888, revue au mois de Février 1889.

Jeune fille, âgée de 20 ans, née de parents bien portants, sans aucun antécédent pathologique intéressant, cette malade s'était parfaitement portée jusqu'à l'âge de quinze ans. Elle s'aperçut tout à coup à cette époque, et sans aucune autre cause appréciable, de la présence d'une tumeur abdominale située dans le flanc droit. Cette tuméfaction était apparue subitement quelques heures après le repas. Aucun effort, aucun mouvement brusqué, et, bien entendu, aucune constriction particulière de la taille, n'en avait provoqué l'apparition. Elle présentait le volume du poing,

elle était mobile sous la main de la malade, devenait après quelques instants le siège de douleurs assez vives qui s'exagéraient par la pression. La malade s'inclina sur le côté droit, se plia en deux et, après quelques minutes, elle la vit tout à coup disparaître sous les côtes, les douleurs cessèrent de suite, et il ne fut plus question de la tumeur.

Deux jours après ce premier accident, nouvelle apparition de la même tumeur, au même point et avec les mêmes douleurs, suivies de vomissements. Nouvel essai de réduction, mais cette fois ce ne fut qu'après plusieurs minutes de compression manuelle qu'elle se réduisit. La disparition de la tumeur s'accompagna de la sédation immédiate de la douleur.

Un troisième accès eut lieu quelques jours après, avec les mêmes accidents qui cédèrent également à une compression longtemps maintenue. Le médecin de la localité, alors appelé, caractérisa la maladie par le terme expressif de : hernie du rein.

Une période de calme absolu de six semaines suivit cette première série d'accès. Puis, de nouveaux accidents reparurent, en tout semblables aux précédents. Ils se manifestaient tous les mois, toutes les six semaines, tous les deux mois au maximum. Ils n'affectaient aucune relation avec les règles, qui sont à peu près régulières ; chose plus curieuse, la marche, les mouvements, l'équitation, n'ont aucun rapport avec l'apparition des accidents. Le seul fait que la malade ait remarqué, c'est la coïncidence fréquente de « sa hernie du rein » avec une émotion morale vive et surtout avec une digestion lente et pénible.

Les mêmes symptômes se reproduisent à chaque crise, mais deux phénomènes s'accroissent.

Ils donnent aux accidents une physionomie très particulière. La tumeur, dès qu'elle apparaît augmente graduellement de volume, elle devient de plus en plus difficilement réductible. La malade prend les positions les plus bizarres, accroupissement,

flexion et torsion du tronc, pressions avec les mains, sur l'angle d'une table, tout est d'abord inefficace. Ce n'est qu'au bout de deux ou trois heures, ce n'est qu'après douze et vingt quatre heures, que l'on obtient à grand'peine la réduction. La patiente ne peut plus l'effectuer elle-même. Il faut toujours recourir à l'aide du médecin ; souvent notre confrère ne parvient à remettre les choses en place qu'après plusieurs heures d'un taxis fort douloureux.

Pendant toute la durée de la crise, l'angoisse est grande, les nausées se renouvellent, il y a vomissements ; les urines diminuent notablement. Après la réduction, au contraire, la malade rend en abondance un liquide peu coloré, transparent, qui n'a jamais été mesuré, ni analysé.

Dans l'intervalle des crises, l'état général est assez bon ; la nutrition languit néanmoins et la malade se plaint avec insistance de digestions lentes et pénibles. D'après elle, l'accentuation de ces troubles digestifs annoncerait et provoquerait la crise, certains mets l'y conduiraient presque infailliblement.

Tous les moyens de contention ont été proposés et employés sans aucun résultat.

M. le Professeur Guyon, appelé près de la malade, l'examina dans une période d'accalmie, il ne sentit même pas le rein, qui a l'opération, fut cependant trouvé descendu sous les fausses-côtes.

Le 11 juin, vers une heure de l'après-midi, il fut appelé de nouveau près de la malade. Il la trouve étendue, les jambes fléchies, en proie à des douleurs vives. Dans le flanc droit, au-dessus des fausses côtes, se dessine sous la peau une tumeur dont la saillie est visible. Cette tumeur, facile à délimiter par la palpation, présente le volume des deux poings, elle est arrondie, rappelle la forme d'un gros rein dont le hile regarderait en haut, elle est mobile, de la fosse iliaque au rebord des côtés de la ce-

bonne vertébrale jusqu'au flanc, elle est dure, rénitente, un peu sensible à la pression. Tous les efforts pour réintégrer le rein dans sa loge restent impuissants. M. Guyon revient à cinq heures, et en mettant la malade accroupie, les jambes fléchies, les reins soutenus courbés en avant, et à gauche, il conduit le rein, son extrémité la plus amincie en haut, sous le foie, et, tout à coup, avec une aisance parfaite, il lui échappe et rentre dans sa loge, comme un corps étranger articulaire fuit sous le doigt qui le presse, comme une hernie qui se réduit subitement.

Le 14 juin, nouvel accident, qui résiste à deux tentatives de taxis; on place alors la malade, le bassin fortement relevé, la tête en bas; la réduction se fait spontanément.

Le 18 juin, nouvel accident qui cède à la même manœuvre prolongée pendant deux heures. Le 22, encore un accès auquel la malade met fin elle-même en prenant la position dont je viens de parler.

L'opération s'imposait. Il devenait évident qu'on ne pouvait sans inconvénients graves ou sans danger, laisser se renouveler des crises de cette nature. Elle fut pratiquée au domicile de la malade, avec le concours de MM. les Drs Tuffier et Hallé, en présence du Dr H. Huchard, médecin de la famille.

L'opération fut exactement semblable à la première. Quelques détails doivent cependant être relevés. Le rein n'occupait pas son siège normal et ne pouvait y être entièrement réintégré. Son extrémité supérieure seule se cache sous les dernières côtes. Son extrémité inférieure est dans la fosse iliaque. Il est de couleur foncée, mais son tissu a l'aspect normal; il est allongé, aplati, flasque. Il donne la sensation d'une poche vide à parois encore épaissies. Étant donnée sa longueur, on place six catguts doubles, qui permirent de faire douze points de suture.

Les suites de l'opération furent des plus simples; au septième jour, les fils étaient enlevés; le quinzième, tout était terminé;

Par prudence on retient la malade au lit jusqu'après l'époque.

M. le Professeur Guyon a eu des nouvelles de sa malade au mois de février 1889 et celles-ci pourraient se résumer en une phrase : aucun accident ne s'est produit depuis l'opération.

OBSERVATION VIII

Traitement chirurgical des affections du rein

Henry Morris, M. A. M. B. F. R. C. S. *London annal. of Surgery*, 1887, V. S., p. 289-305.

Deux cas de néphrorrhaphie pour rein flottant.

Cas 1^{er}. — Hessie M..., âgée de 41 ans, non mariée, domestique : entre dans la salle Hélène de l'hôpital Middlex le 23 mars 1886.

Elle accuse une douleur intense, des tiraillements dans le côté droit. Elle est très maigre et excessivement nerveuse.

A l'âge de 14 ans, elle a fait une chute, et à partir de ce jour jusqu'à l'âge de 28 ans, elle souffrait de temps en temps de douleurs dans le côté droit. Ses règles étaient irrégulières ; les intervalles entre deux époques menstruelles sont de sept à huit mois.

Elle consulta un médecin, qui lui trouva un déplacement utérin et lui a prescrit un pessaire. Sous l'influence de ce traitement, elle se porta très bien pendant longtemps. Mais un jour, elle ressentit de nouveau des tiraillements et des douleurs dans le côté, avec irradiations vers l'aîne. Elle entre à l'hôpital et est traitée pour une dyspepsie, occasionnée par un rein mobile. Elle avait de la polyurie.

Actuellement, la malade se plaint de douleurs intenses dans le côté droit, douleurs qui deviennent de plus en plus intenses. A l'examen, on trouve une tumeur très mobile du côté droit, s'étendant presque jusqu'à la ligne médiane.

En plaçant une main sur la région lombaire et l'autre sur le

devant de l'abdomen, et en pressant alternativement, la tumeur pouvait être passée d'une main dans l'autre. Lorsqu'on fait changer la malade de ce côté, la main perçoit le déplacement de la tumeur.

Urine. — La densité est de 1015; elle est acide; pas d'albumine, pas de sucre ni de sang. La quantité de l'urine dans les vingt-quatre heures est de 960 grammes à 1300 grammes.

Opération le 30 mars.

Anesthésie avec du chloroforme. La malade est placée sur le côté gauche; on lave soigneusement l'espace iléo-costal droit; on pratique une incision oblique entre la crête iliaque et la dernière côte, parallèlement à celle-ci, d'une longueur de trois pouces environ. On découvre la graisse périnéale, on la déchire et on tombe sur le rein, très mobile dans sa capsule fibro-graisseuse. On refoule le rein en arrière, vers la région lombaire. Un catgut épais est passé à travers une des lèvres de l'incision, à travers la capsule et la substance corticale de l'extrémité supérieure et postérieure du rein, et est ramené à la surface par la lèvre opposée de l'incision; on serre fortement le nœud, fermant ainsi la plaie et fixant en même temps le rein dans la région lombaire. Un drain et une petite quantité de gaze phéniquée sont placés dans la plaie. La peau est suturée par trois fils de soie. On saupoudre la plaie avec de l'iodoforme, et on la panse avec de la charpie boriquée, retenue en place par un bandage.

21 mars. — Température normale. Malade tranquille. Pansement de la plaie; on trouve sur le pansement un mélange de sérum et de sang.

Urine. — densité 1027; beaucoup d'albumine; pas de sucre ni de sang; quantité d'urine dans les vingt-quatre heures, 745 grammes.

1^{er} avril. — Température normale. Pansement de la plaie; légère douleur du côté droit; la malade dort bien. Urine toujours

albumineuse en 24 heures, 589 grammes. Lorsqu'au 4 avril, on renouvelle le pansement tous les jours à cause d'un écoulement séreux. Du 6 au 15 avril, on panse tous les trois jours. Quantité moyenne de l'urine.

19 avril. — Pansement de la plaie. Presque pas d'écoulement. Par la palpation on sent le rein fermement fixé et non douloureux; son bord inférieur se trouve dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite. La malade accuse une douleur dans la fosse iliaque droite. Urine 800 grammes à 1240 grammes.

23 avril. — La réunion de la plaie est parfaite.

Toujours un peu de douleur dans la fosse iliaque droite; on l'attribue à une distension flatulente du cæcum (traitement). Urine 978 grammes à 1367 grammes.

3 mai. — La malade quitte l'hôpital entièrement guérie. Son séjour fut prolongé par une toux. Urine 1364 grammes.

Elle a été revue et examinée deux ou trois fois depuis. La dernière fois, c'était au mois de novembre; pas de douleurs; le rein est toujours en place.

OBSERVATION IX

Cas II. — Harriet B..., veuve, âgée de 56 ans, blanchisseuse, mal nourrie, entre à l'hôpital de Middlex, le 4 juin 1886, pour des douleurs dans l'abdomen et la région lombaire.

Il y a 19 ans, elle fut traitée à l'hôpital Saint-George pour une maladie du rein, avec hydropisie. Depuis, elle n'a pas eu d'hydropisie, mais elle éprouvait toujours des douleurs dans les reins. Une de ses sœurs souffrait aussi d'une hydropisie; mais à part cela ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier.

Il y a 2 ans, elle éprouve pour la première fois des douleurs lancinantes dans l'abdomen et dans la région lombaire, et depuis, ces douleurs vont toujours en augmentant d'intensité. Elles sont surtout prononcées quand la malade reste debout. La

matité du foie s'étend de la sixième côte au bord inférieur de la dernière. La rate n'est pas hypertrophiée.

Les reins, surtout celui du côté droit, sont plus mobiles que d'habitude. Le rein droit peut être refoulé en arrière dans la région lombaire, mais il retourne à sa place aussitôt la pression cessée et se loge en entier au-dessous des côtes. On peut également le déplacer dans le sens transversal et dans le sens vertical ; dans le premier cas, on peut le ramener au delà de la ligne médiane.

La quantité d'urine en 24 heures est normale.

La densité est 1030-1025. Pas d'albumine, ni de sucre.

La température est 100 à 102°,2 (F).

Le 30 juin. Opération. — Chloroforme. M. Morris fait une incision dans l'espace ilio-costal et attache le rein au moyen de quatre sutures dont deux avec du catgut sont passées à travers les muscles, le fascia et la capsule fibreuse du rein ; deux autres avec de la soie sont passées à travers toute l'épaisseur des lèvres de la plaie et une épaisseur considérable de la substance rénale. Par ces deux dernières sutures, l'incision est fermée et le rein fixé à la plaie lombaire. Les fils sont enlevés au bout de douze jours. La plaie se ferme sans suppuration et la malade quitte l'hôpital portant une ceinture.

Au mois de décembre 1886, elle se présente pour une distension flatulente de l'abdomen, qui disparaît rapidement sous l'influence du bisnuth et du colombo.

Elle n'accuse aucune douleur et le rein est bien en place ; sa position est oblique, son extrémité supérieure étant dirigée en arrière et se trouvant immédiatement sous la ligne de l'incision.

OBSERVATION, X

*Néphrorraphie pour un rein flottant; guérison par le
Dr Richardson. (Boston med. journ. 14 juin 1888).*

La malade se présente à l'hôpital général de Massachussets le 19 septembre 1887 dans le service du Dr Richardson, lui demandant de l'opérer par suite des souffrances excessives qu'elle ressentait. La malade, âgée de 36 ans, est mariée. Elle a toujours eu une bonne santé. Elle raconte qu'il y a environ dix-huit mois, elle commença après son travail, à éprouver une certaine douleur dans la région lombaire droite, qu'elle attribua à une courbature. Très peu de temps après, elle eut conscience d'avoir quelque chose de mobile dans le côté droit de l'abdomen, et chaque mouvement s'accompagnait d'une violente douleur. Tous les appareils de contension qu'elle essaya ne donnèrent aucun soulagement. La douleur était presque constante. Chaque fois qu'elle se tourne dans son lit, ou qu'elle change seulement de position elle sent ce corps se mouvoir, et chaque mouvement cause de la douleur. Elle est absolument incapable de travailler. Indépendamment de ces douleurs, elle se plaint d'un certain engourdissement et d'une impotence fonctionnelle dans la jambe et dans le bras droit. A part ces symptômes, sa santé est excellente. Elle n'a pas maigri. Elle a eu plusieurs enfants.

En examinant la malade couchée sur le côté gauche, on sent, en exerçant une pression profonde dans la région lombaire droite, un corps mobile, ayant le volume et la forme du rein. La tumeur n'est pas douloureuse au toucher; mais elle est très mobile, et ses mouvements provoquent de la douleur.

La tumeur peut être déplacée très loin à gauche de l'ombilic et en bas dans la cavité pelvienne. L'urine est normale.

L'opération est pratiquée le 22 septembre 1887, la malade

endormie avec de l'éther et couchée sur le côté gauche. Incision environ 15 centimètres le long du bord externe du carré des lombes. Le muscle ayant été maintenu par un écarteur, on découvrit l'atmosphère graisseuse du rein, qu'on incisa dans toute son étendue, mettant à découvert la face postérieure du rein. L'organe remontait ou descendait librement suivant les mouvements d'inspiration et d'expiration, et subissant ainsi un déplacement d'environ 5 centimètres, ce qui rendait difficile l'application des points de suture. On les mit à travers la capsule du rein sans intéresser le parenchyme rénal.

On mit quatre sutures et on rapprocha les lèvres de l'incision en maintenant le rein adossé à la surface interne de la plaie. L'incision fut ensuite fermée à l'aide de points de suture superficiels très serrés, puis on appliqua un pansement de gaze iodoformée et d'ouate salicylée. La convalescence fut rapide, la température ne monta jamais au-dessus de la normale. Les sutures qu'on avait passées à travers la capsule furent retirées le 7 octobre. Le 30 on lui appliqua un bandage pour protéger la région rénale, et elle quitta l'hôpital, complètement guérie.

OBSERVATION XI

Rein flottant douloureux chez un homme.

Néphrorraphie par Dodd.

Société médicale de Northumberland et de Durham, (ann. of Surgery, 1888).

Le Dr Dodd présenté à la Société un homme qu'il a opéré pour un rein mobile douloureux. Le début de la maladie remontait à huit ans ; à la suite d'un effort le malade ressent de vives douleurs dans l'abdomen et la région lombaire. Il a beaucoup maigri. Après avoir fait l'incision de la façon ordinaire, on constate l'absence totale de la graisse péri rénale. Le rein fut attaché par des

fil de soie. Une suppuration abondante a suivi l'opération. Après un certain temps la plaie s'est fermée et le malade a quitté l'hôpital. La douleur n'avait pas tout à fait disparu.

OBSERVATION XII

Nephrorraphie par A. Schinozzi (Raccoglitore med. 1886 August. 30).

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 20 ans qui avait le rein gauche mobile. Malgré l'accident de Ceccherelli la capsule graisseuse du rein fut fixée avec quatre fils doubles à la douzième côte; chaque suture est passée deux fois dans la côte. Réunion par première intention. Suites opératoires simples. Les sutures étaient faites avec du catgut. La malade est guérie.

CONCLUSIONS

1° Le rein flottant douloureux, donne parfois lieu à des accidents tellement graves que l'intervention chirurgicale s'impose.

2° La néphrectomie, si bénigne qu'elle soit, expose les malades aux accidents graves et parfois mortels, tandis que la néphrorraphie est une opération d'une innocuité absolue.

3° Les échecs thérapeutiques subis par certains chirurgiens sont dus à l'insuffisance de leurs procédés de fixation du rein mobile.

4° Pour obtenir une cicatrice solide, capable de retenir définitivement le rein en place, il faut que la suture traverse profondément le parenchyme rénal et que la surface rénale dénudée ou non de sa capsule soit mise bien en contact avec la plaie lombaire.

Vu : le Président de la thèse
GUYON.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Vice-Recteur,
L'Inspecteur de l'Académie,
LÉON ROBERT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DÜNNING (L. N.). — History of a case of nephrorraphy, with remarks. Si am. ass. Chicago, 1885, IV, 199-201; *ibid.* V. 683.
- GULD. — A case of movable kidney; nephrorraphie; cure (*Lancet*, London, 1888, ii 674).
- AGNEW-HAYES. — *Med. News.*, 29 janvier 1887.
- RICHARDSON. — Nephrorraphie. *Boston med. jour.*, 14 juin 1888.
- H. MORRIS (London). — *Annal. of surgery*, 1887, v. 5, p. 289-308.
- DODD. — *Annal. of surgery*, 1887.
- IORDAM ILOYD. — *Practitioner*, 1887, p. 181.
- GHINOZZI A. — Un caso di rene mobile doloroso curato com la nephrorraphia. *Centralblatt für chirurgie*, 1887.
- BASSINI. — Rein droit mobile douloureux (*Ann. aniv. de medec. et chirur.* sept. 1882).
- CECCHERELLI. — Rein gauche mobile, douloureux. Nephrorraphie. Mort. (*Rivista clinica*, n° 4, 1884).
- HAHN. — Deux reins mobiles. Néphrorraphie. (*Centralblatt für chirurgie*, 1881, n° 19).
- VERF. — Fall von nephrorraphie (*Centralblatt für chirurgie* 1886, p. 824).
- DURET. — Du traitement des reins flottants par la néphrorraphie. *J. de scien. méd. de Lille*, 1888, ii 49, 73.
- TERRILLON. — Néphrorraphie pour un rein flottant douloureux. *Semaine médicale*, 6 février, 1889.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, mai 1889.
- GUERMONPRES (de Lille). — Néphrorraphie (*L'Abeille médicale*, 1888).

- LINDNER H. — Le rein mobile chez la femme (Berlin, 1888).
HAYEM. — Revue des sciences médicales, 1889, 1888
VANEUFVILLE. — Néphrorraphie. Thèse de Paris. 1888.
LE DENTU. — Affections chirurgicales des reins, des uretères
et des capsulus surrénales. Paris. 1889.
SEGOND. — Congrès de chirurgie, 1887.
LANDAU. — Du rein flottant (méd. Times, 25 février, 1882).
BRODEUR. — Thèse de Paris, 1886. Intervention chirurgicale
dans les affections du rein.
STONHAM. — Ablation du rein flottant, guérison, (Lancet, 21
juillet, 1888).
T. EDES. — Boston médic. jour. p. 348. 1888.
F. GUYON, — Bulletin de l'Académie de Médecine (19 février
1889).
TUFFIER. — Études expérimentales sur la chirurgie du rein,
1889.

